Positions d'allaitement



Ce dossier a été publié dans Allaiter Aujourd'hui n°55, LLL France 2003

De la tétée considérée comme une danse entre la mère et son bébé

On sait maintenant combien une bonne position au sein est importante pour la mère et pour le bébé, afin d'éviter à la fois les douleurs de mamelons et les problèmes d'allaitement. Le sujet est abordé dans de nombreux livres et vidéos, de manière plus ou moins approfondie. Dans certains livres, le texte et les photos se contredisent, et ces dernières n'illustrent pas les positions ou prises du sein les meilleures. Il est parfois difficile de trouver des informations cohérentes et précises sur les techniques de positionnement et de prise du sein. Chaque personne, chaque institution peut enseigner ces techniques de différentes manières. Les problèmes surgissent souvent lorsqu'une institution ou une personne tient à enseigner une position particulière à toutes les mères et tous les bébés.

En 1989, dans le Journal of Human Lactation, Mary Renfrew écrivait : « Il est contre-productif d'insister pour que le bébé soit placé précisément dans la position qu'a apprise le soignant, sauf si une attention particulière est apportée quant à l'efficacité de cette position et au caractère individuel tant de la mère que du bébé. Cette articulation entre la mère et son bébé peut être considérée comme une sorte de danse. » Elle ajoutait : « Cette danse a juste besoin d'être encouragée, et non pas contrôlée ou limitée. Le concept de 'gestion' de l'allaitement tel qu'il apparaît souvent dans les manuels implique un contrôle et n'est d'aucun secours. La mère et le bébé gèrent leur propre expérience d'allaitement à partir de leurs sensations, et avec une aide lorsque c'est nécessaire. Même si nous en savons plus en matière de techniques de positionnement, nous devons éviter d'insister trop sur l'aspect technique, car ce serait au détriment du caractère unique de chaque couple mère-bébé. »Nous préférons toutes expliquer les positions d'allaitement qui ont bien fonctionné pour nous, car elles nous sont familières. Nous avons tendance à éviter de mentionner les positions que nous n'avons pas personnellement adoptées. Certains couples mère-enfant pratiquent l'allaitement dans toutes les positions, d'autres utilisent une ou deux positions lors de la phase d'apprentissage. Ce qui fonctionne pour une mère peut ne pas fonctionner pour une autre. Ce qui fonctionne le mieux lors d'une tétée peut ne pas bien fonctionner à la tétée suivante.

Les mères doivent pouvoir apprendre toutes les positions d'allaitement, connaître toutes les manières de tenir leur sein et toutes les techniques de prise du sein. Cela leur permet de choisir ce qui fonctionne le mieux pour elles et leur bébé. Il faut qu'elles sachent que l'allaitement ne doit pas faire mal, alors elles trouveront une position qui ne leur fait pas mal. On peut aussi faire confiance au bébé pour savoir lorsqu'il est correctement positionné : lorsqu'il est dans la position qui fonctionne le mieux pour lui, il est récompensé par un flot de lait maternel coulant dans sa bouche. Il faut faire confiance à la mère pour connaître son bébé, leur donner le temps d'apprendre l'un de l'autre.

Il est important d'observer la manière dont interagissent la mère et le bébé et

comment celui-ci se comporte au sein. Le bébé a besoin d'avoir la bouche pleine de sein, pour que le transfert de lait soit efficace. La mère ne doit pas ressentir de douleur, et son mamelon ne doit pas sortir comprimé ou déformé de la bouche du bébé. La mère doit pouvoir offrir le sein au bébé en réponse aux signaux qu'il émet, et donc être attentive à ces signaux. Si tout cela est réuni, il importe peu que la technique de la mère soit « comme dans les livres » : la mère et le bébé ont trouvé une position qui fonctionne pour eux, et on n'a pas à intervenir. Comme on dit, « n'essayez pas de réparer ce qui n'est pas cassé ! ».

Les positions d'allaitement courantes
La position « madone »

Cette position est décrite ainsi dans le Traité de l'allaitement maternel : « Pour qu'elle soit confortablement installée, suggérez à la mère de placer un oreiller derrière son dos et ses épaules, sous le bras qui tient le bébé et sur ses genoux pour soutenir le poids du bébé. La mère tient bien le bébé, la tête de celui-ci reposant sur son avant-bras ou au creux de son coude, selon ce qui est le plus confortable pour elle. Le dos du bébé est soutenu par l'avant-bras de la mère tandis que sa main entoure ses fesses ou sa cuisse. La mère doit placer le bébé sur le côté et lui ramener les genoux vers elle. Il ne doit pas avoir à tourner la tête pour prendre le sein. S'il était nu, on ne verrait pas son nombril. L'oreille, l'épaule et la hanche du bébé doivent former une ligne droite. Le bras du dessous peut être placé sous la poitrine de la mère ou enroulé autour de sa taille, selon ce qui est le plus facile et le plus confortable. » D'après Kay Hoover, animatrice LLL et consultante en lactation en Pennsylvanie, le bras du bébé peut aussi être placé en travers de son propre torse.

De nombreux experts encouragent la mère à placer la tête du bébé sur son avant-bras plutôt que dans le creux du coude. Lorsqu'elle a une forte poitrine, le creux de son coude peut être trop proche de son corps pour que le bébé puisse bien attraper le sein. Pour d'autres femmes, le creux du coude met la tête du bébé trop loin de l'extérieur du sein. Ce qui fait que pour prendre le sein, le bébé doit abaisser le menton vers le torse, ce qui éloigne du sein la mâchoire inférieure et la langue, qui effectuent l'essentiel du travail lors de la tétée. Le bébé ne peut alors prendre une bonne bouchée de sein, et peut se retrouver mal arrimé au sein, voire suspendu au mamelon. De plus, il peut lui être difficile d'avaler lorsque son menton est abaissé sur sa poitrine.

La position « madone » est l'une des positions les plus courantes. C'est celle qu'on voit le plus souvent sur les photographies des livres, et que préfèrent beaucoup de mères allaitantes expérimentées. Malheureusement, elle peut être difficile à apprendre pour une nouvelle mère inexpérimentée. Dans cette position, il peut être difficile de contrôler la tête du bébé, et de maintenir son corps assez haut et assez proche du sein. Dans cette position, un petit bébé peut avoir tendance à se rouler en boule. Ce n'est donc peut-être pas le meilleur choix s'il y a le moindre problème de prise du sein, de transfert de lait ou de mamelons douloureux.

Diane Wiessinger, animatrice LLL et consultante en lactation à Ithaca, pense que la position de la main en C, qui est la plus habituelle, peut poser des problèmes lorsque le bébé est dans la position « madone ». Elle explique que tenir le sein « en

sandwich » peut aider le bébé à mieux le prendre. « Imaginez que vous mangez un sandwich très grand et très épais. D'abord, la main l'écrase un peu pour l'ovaliser, de manière à ce que l'axe de l'ovale coïncide avec les commissures de la bouche. Le pouce et les autres doigts forment un C autour du sandwich, à distance de ce qui va être pris en bouche. La face inférieure du sandwich est approchée de la bouche et la mâchoire inférieure (celle qui travaille) est abaissée. Cette mâchoire est plantée loin dans le sandwich, là où se trouve la garniture. Alors seulement, le sandwich est relevé pour entrer en contact avec la mâchoire supérieure (passive, bien qu'en position plus avancée). L'asymétrie de ce mouvement compense les placements et actions différents des deux mâchoires, et permet de mordre une plus grande bouchée qu'avec une prise en bouche symétrique et entièrement de face. Pour prendre une grosse bouchée, il est nécessaire de poser le sandwich sur la langue ; c'est pourquoi il serait impossible de mordre dans un sandwich aussi gros et rigide qu'un ballon de football. Si la nourriture est poussée contre la langue, les mâchoires ne peuvent pas la saisir ; il faut qu'elle soit posée sur la langue. »

Elle poursuit : « Imaginez maintenant un très gros sandwich mou, suspendu mais fixe. Si vous l'approchez par en dessus, votre nez entre en contact avec lui, et vous ne pouvez prendre qu'une petite bouchée, qui ne remplit pas la bouche, car la mâchoire essentielle (inférieure) s'éloigne du sandwich en descendant lorsque le menton s'abaisse. Si vous l'approchez de face, de manière symétrique, la bouchée n'est toujours pas très grande. Il se peut que les lèvres soit pressées contre le sandwich au lieu d'être retroussées vers l'extérieur, ce qui limite encore la taille de la bouchée. Pour mordre efficacement dans ce sandwich immobile, il faut d'abord l'aplatir un peu. Puis il faut s'en approcher par en-dessous, le nez à la hauteur de la garniture. Avec une légère inclinaison de la tête vers l'arrière, la mâchoire inférieure se relève et se fixe bien à distance sous le sandwich. La mâchoire supérieure atterrit enfin sur le sandwich, et il est possible de mordre une grosse bonne portion. »

La position en ballon de rugby

Voici la description de cette position dans le Traité de l'allaitement maternel : « Afin d'être installée confortablement, suggérez à la mère de placer un oreiller derrière ses épaules et d'autres à côté d'elle pour que le bébé soit à la hauteur de son sein. Le bébé fait face à sa mère, blotti contre elle, sous son bras. La partie inférieure de son corps repose sur l'oreiller, près du coude de la mère, et ses fesses touchent le dossier de la chaise, du sofa, ou le mur si la mère est installée dans son lit. La partie supérieure du dos du bébé repose sur l'avant-bras de la mère et la main de celle-ci soutient la nuque du bébé .»

La position en ballon de rugby est très utile pour les mères qui ont eu une césarienne. Elle permet de ne pas faire peser le bébé sur la zone incisée. C'est également une bonne position lorsque les mamelons sont plats ou ombiliqués, et lorsque le bébé éprouve des difficultés de prise du sein ou de succion, car la mère a une meilleure vision du bébé et du sein, et elle peut mieux contrôler la tête du bébé. La position en ballon de rugby est un bon choix pour les petits bébés. Et aussi lorsqu'on veut faire téter des jumeaux en même temps (voir AA n° 45). Elle est particulièrement efficace lorsqu'elle est combinée avec la position de la main en C.

Malheureusement, certains membres du personnel soignant ne connaissent pas assez bien cette position pour pouvoir l'enseigner correctement. Et certaines mères la trouvent inconfortable.

Alison Hazelbaker, animatrice LLL et consultante en lactation dans l'Ohio, trouve que la position en ballon de rugby est souvent mal utilisée, car combinée avec la prise du sein centrée et un placement de la bouche du bébé trop loin du mamelon. Les techniques de prise du sein centrée et de prise asymétrique sont détaillées plus loin dans cet article. Dans la première, le mamelon est centré dans la bouche du bébé, alors qu'avec la seconde, le but est de décentrer le mamelon afin qu'une plus grande surface de l'aréole soit couverte par la mâchoire inférieure.

La position « madone » inversée

Linda Barrett, animatrice LLL et consultante en lactation dans l'Ohio, décrit ainsi cette position : « L'estomac du bébé est contre celui de la mère, un coussin sur les cuisses de la mère met le bébé à la hauteur du mamelon. Lorsque la mère est prête à mettre le bébé au sein, il est important que la bouche de ce dernier soit dès le début très proche du mamelon. Si elle veut donner le sein gauche, elle soutient le bébé avec les doigts de la main droite placés derrière ses oreilles et sa nuque. Le bébé repose sur le creux formé par le pouce, l'index et la paume, ce qui aide à stabiliser la tête et la nuque ; la paume maternelle est entre ses omoplates. Lorsque le bébé ouvre grand sa bouche, la mère pousse avec la paume entre les omoplates, et non avec les doigts derrière la nuque. Cela aide le menton à atteindre le sein légèrement avant le nez, ce qui dirige le mamelon vers le palais du bébé. Lorsque le mamelon frôle la jonction entre les palais dur et mou, il entraîne la succion du bébé. Cette méthode aide également le bébé à prendre le sein profondément en bouche, de manière à comprimer les sinus lactifères pour un transfert efficace du lait. Il est important de ne pas toucher le dessus ou l'arrière de la tête du nouveau-né, car elle est très sensible dans la période post-natale. Lorsqu'on lui touche la tête, le bébé peut avoir tendance à reculer au lieu de s'approcher du mamelon. Cela peut expliquer pourquoi certaines mères ont des difficultés à faire prendre le sein à leur bébé. Elles essayent de forcer la mise au sein en tenant fermement l'arrière de la tête, ce qui fait que le bébé se cambre et s'éloigne du sein .»

De nombreux experts recommandent aux mères de s'assurer que le bébé est enroulé autour d'elles comme une virgule. Si le bébé semble avoir du mal à respirer, il suffit que la mère le rapproche encore de son corps avec le coude du bras qui le porte. L'angle est alors modifié et le nez est dégagé. Dans la position « madone » inversée, la prise en U (voir plus loin) est plus efficace pour tenir le sein.

Jan Barger, consultante en lactation dans l'Illinois, recommande aux mères ce qu'elle et Judith Lauwers, consultante en lactation en Pennsylvanie, appellent la position de la main dominante. Elles ont observé que les mères positionnent mieux leur bébé lorsqu'elles utilisent leur main dominante pour porter le bébé au sein pendant les premiers jours. « Dans la position de la main dominante, une mère droitière porte la nuque du bébé avec la main droite et son corps avec l'avant-bras. Elle peut ensuite déplacer son bras porteur latéralement pour donner l'autre sein ; cela permet de

commencer la tétée avec un sein dans la position en ballon de rugby, et de la terminer dans la position 'madone' inversée à l'autre sein, sans changer la prise du bébé. » Ou bien, la mère peut commencer avec la position « madone » inversée et terminer avec celle en ballon de rugby.

La position « madone » inversée est souvent recommandée les premiers jours pour les bébés qui ont besoin d'aide pour prendre correctement le sein. Il peut être plus facile pour la mère de mettre son bébé au sein dans cette position, car elle lui permet de mieux le guider. Sa main entoure la nuque du bébé, ce qui stabilise ce dernier. C'est pourquoi cette position est bonne pour les prématurés, les bébés de petit poids et les bébés hypotoniques. Le Dr Jack Newman trouve cette position particulièrement utile pour enseigner aux mères la prise asymétrique du sein.

Mary Kay Smith, animatrice LLL et consultante en lactation dans l'Illinois, dit qu'elle suggère aux nouvelles mères de commencer en position « madone » inversée afin d'assurer une bonne prise du sein par le bébé, puis de glisser leur autre bras sous le bébé afin de finir la tétée dans la position « madone », plus confortable. La mère doit être sûre de conserver le bébé en bonne position pendant ce mouvement, afin de ne pas perturber sa succion.

Il se peut que la position « madone » inversée ne fonctionne pas bien avec la prise du sein centrée. En fait, la combinaison de cette position et de cette tenue du sein peut causer des difficultés aux mères. Si on dit à une mère de placer sa main à l'arrière de la tête du bébé et non derrière sa nuque, elle peut être confrontée au problème d'un bébé qui s'éloigne du sein en se cambrant. Elle peut ressentir cela comme un refus du sein alors que c'est en réalité un réflexe. La position « madone » inversée peut être inconfortable à maintenir sans un support approprié pour le bras qui tient le bébé et pour le bras qui soutient le sein, surtout pour les gros bébés. Encouragez les mères à utiliser suffisamment de coussins pour être parfaitement soutenues. Il est très important de dire à la mère que la position « madone » inversée n'est à utiliser que de façon temporaire. Une fois que la mère et le bébé sont plus expérimentés, ils peuvent utiliser d'autres positions plus confortables.

Diane Wiessinger raconte : « Le premier argument que j'ai entendu en faveur de la position « madone » inversée a été avancé par Laura Best en 1990. Elle disait que lorsqu'une mère est tendue, elle a tendance à écarter son bras porteur vers l'extérieur. Ainsi, si elle porte son bébé du bras gauche au sein gauche dans la position 'madone', elle aura tendance à tirer le bébé vers la gauche, ce qui est néfaste à une bonne prise du sein. Alors que si elle le porte du bras droit au sein gauche, elle aura tendance à le tirer en meilleure position. »

Alison Hazelbaker explique que « la position 'madone » inversée soutient la zone thoracique du bébé (la partie supérieure de la colonne vertébrale), et stabilise donc la mâchoire. Elle fonctionne bien avec certains bébés qui éprouvent des difficultés de succion d'origine sensorielle ».

Catherine Watson Genna, animatrice LLL et consultante en lactation à Woodhaven préconise la position « madone » inversée et la tenue du sein asymétrique « pour les bébés dont le menton est fuyant et/ou qui ont un problème de frein de langue, car elle permet d'avoir une plus grande surface de la langue en contact avec le sein.

Cela stabilise la langue et réduit la compression excessive du sein et du mamelon, ce qui permet au bébé de prendre de plus grandes gorgées du lait maternel ».

L'opinion de Claudia Morse-Karzen, animatrice LLL dans l'Illinois, sur la position « madone » inversée est différente. Elle écrit : « Mes co-animatrices et moi-même avons reçu des douzaines d'appels ces trois dernières années, pour des problèmes liés à cette position. Nous voyons des mères qui continuent à tenir ainsi leur bébé alors qu'il est âgé de plusieurs semaines, et qui ignorent d'où viennent leurs problèmes. Une mère pensait que ses bras n'étaient 'pas assez forts pour l'allaitement'. Lorsque nous lui avons montré la position 'madone', elle a été soulagée instantanément de sa douleur aux mamelons. Les animatrices doivent avoir cela à l'esprit lorsqu'une mère appelle pour des mamelons douloureux ou parce que le bébé tire sur le sein, et demander si cette mère utilise la position « madone » inversée. Même si on a dit aux mères à la maternité que cette position n'est que transitoire, elles n'ont souvent pas conscience qu'elles n'ont pas à l'utiliser sur le long terme.

La position allongée sur le côté

Le Traité de l'allaitement maternel explique : « Dans la position allongée sur le côté, la mère repose sur le côté. Pour être confortable, elle peut placer un oreiller sous sa tête, derrière son dos et entre les genoux. Le corps de la mère forme un angle avec le lit comme elle s'incline légèrement vers l'arrière en s'appuyant sur l'oreiller derrière son dos. Le bébé repose sur le côté, face à la mère, le dos soutenu par son avant-bras. Les genoux du bébé sont rapprochés du corps de la mère. Pour garder le bébé face à elle, la mère peut placer une serviette pliée, une petite couverture roulée ou un petit oreiller derrière le dos du bébé. »

Cette position est très utile aux mères qui se remettent d'une césarienne ou d'une épisiotomie. Elle favorise l'endormissement du bébé et permet d'allaiter au lit. D'après certains experts, c'est aussi une position qui fonctionne bien pour les mères et les bébés qui éprouvent des difficultés à démarrer l'allaitement. D'autres pensent au contraire qu'elle peut être trop difficile pour les nouvelles mères. Malheureusement, elle n'est pas toujours enseignée dans les maternités. Elle est rarement utilisée au cours des premières semaines, alors que des études font état d'une fatigue significativement moins grande à la suite d'un allaitement dans cette position, par rapport à la position assise. Ces études suggèrent que le meilleur repos fourni par la position allongée sur le côté peut réduire la fatigue post-partum et contribuer à la réussite de l'allaitement.

Positions de base pour le soutien du sein

Le Traité de l'allaitement maternel explique : « On suggère de soutenir le sein afin de le raffermir au moment de la prise par le bébé et pour enlever du poids sur le menton du nouveau-né. Ainsi, il y a moins de risques que le bébé laisse échapper le sein pendant la tétée. » Kay Hoover a remarqué que parfois, un bébé n'arrive pas à prendre le sein à cause du poids du sein sur sa poitrine. Lorsque la mère soulève le

sein de la poitrine du bébé, il y arrive.
La prise en C

La prise en C consiste pour la mère à placer son pouce sur le dessus du sein et les autres doigts en dessous. Lorsqu'elle est effectuée correctement, cette prise permet à la mère de soutenir son sein avec les doigts assez loin de l'aréole pour éviter de gêner la prise du sein par le bébé. Certaines photos montrent les doigts inférieurs de la mère placés trop près de la partie inférieure de l'aréole

Cette prise permet à la mère de soutenir confortablement son sein. Elle est compatible avec la position en ballon de rugby et celle allongée sur le côté, car elle permet d'aligner l'ovale du sein sur la bouche du bébé : l'axe long de l'ovale coïncide avec les commissures de la bouche, ce qui permet au bébé de prendre une plus grande bouchée de sein. Lorsque la prise en C est utilisée avec la position « madone » ou « madone » inversée, le mauvais alignement de cet ovale avec la bouche peut rendre la prise du sein difficile pour le bébé. C'est comme essayer de mordre dans un sandwich tenu verticalement. La prise en U Diane Wiessinger la décrit ainsi : "Pour mettre en forme et stabiliser son sein gauche, la mère peut commencer par mettre sa main gauche à plat sur ses côtes, sous la poitrine, son index étant surplombé par le sein. Si elle tourne ensuite la main, le pouce se retrouve sur le côté extérieur du sein, et les autres doigts sur le côté intérieur. Son sein repose sur le U formé par le pouce et l'index. » La prise en U aide à garder les doigts à distance de l'aréole, de manière à ce qu'ils ne gênent pas la prise du sein par le bébé. Elle permet à la mère de soutenir confortablement son sein. Elle est extrêmement utile avec la position « madone » ou « madone » inversée, car elle permet d'aligner l'ovale du sein et la bouche du bébé : l'axe long de l'ovale coïncide avec les commissures de la bouche, ce qui permet au bébé de prendre plus de sein en bouche. Par contre, lorsque la prise en U est utilisée avec la position en ballon de rugby ou celle allongée sur le côté, le mauvais alignement de cet ovale avec la bouche peut rendre la prise du sein difficile pour le bébé. Norma Ritter, animatrice LLL et consultante en lactation dans l'Etat de New York, explique que « avec la prise en U, le pouce n'est pas au-dessus du sein. Il est donc impossible à la mère d'être tentée d'appuyer sur le sein 'pour laisser bébé respirer', ce qui déplace par inadvertance le mamelon dans la bouche du bébé, et a pour conséquence que la prise du sein n'est plus optimale et que le bébé se retrouve 'accroché' au bout du mamelon. »La prise en ciseaux Avec la prise en ciseaux, la mère tient son sein entre l'index et le médium. De nombreux livres déconseillent cette façon de tenir le sein, car il peut être très difficile de garder les doigts assez loin de l'aréole pour éviter de gêner la prise du sein par le bébé. Les mères ayant de longs doigts peuvent réussir à utiliser cette prise.

Techniques de base pour la prise du sein

Lorsque le bébé prend le sein de sa mère, il est très important qu'il soit tenu proche de la poitrine. Diane Wiessinger explique que « un nouveau-né tétant vigoureusement à un sein en début de lactation ne montrera probablement rien d'autre que sa lèvre supérieure et une joue rebondie. Sa joue appuie sur le sein si bien que sa bouche grande ouverte est masquée. Une des questions que je pose aux nouvelles mères est : Les lèvres du bébé sont-elles retroussées ?' Si elle me répond rapidement, je lui conseille d'essayer de rapprocher le bébé de son corps. En effet, si la mère peut voir cela facilement et me répondre aussi rapidement, j'en

déduis que le bébé est trop loin du sein ».

Les bébés donnent souvent des indices avant de commencer à pleurer. Une mère peut trouver plus facile d'offrir le sein quand le bébé commence à se tortiller, à lever les bras à hauteur de la tête, à mettre ses mains à la bouche ou à faire des mouvements de succion, plutôt qu'attendre que le bébé pleure vraiment, car il est alors beaucoup plus difficile de le faire téter, surtout les premiers jours.

Une fois que le lait est produit en abondance, le Dr Jack Newman encourage les mères à observer si la succion suit le rythme "bouche grande ouverte, pause, bouche fermée", indiquant que le bébé prend bien le sein et qu'il avale de grandes lampées de lait. Carol Brussel, consultante en lactation et ancienne animatrice LLL dans le Colorado, explique que « le bébé commence par une série de succions rapides, ce qui stimule le réflexe d'éjection. A ce moment, la bouche du bébé semble s'ouvrir encore davantage à chaque succion. Lorsque le menton est au plus bas, il y a une petite pause pendant laquelle on l'entend déglutir, puis la bouche se referme ».

Bien que certains livres sur l'allaitement recommandent aux mères d'appliquer une pression ferme sur le menton du bébé pour l'aider à ouvrir la bouche plus grand, cela peut l'inciter à refermer la mâchoire et blesser le sein. La pression ferme sur le menton est une technique thérapeutique pour les bébés présentant un certain type de difficultés de développement neurologique, et n'est pas recommandée pour les bébés à terme, normaux et en bonne santé.

La prise du sein centré

Avec cette technique, on encourage la mère à chatouiller les lèvres du bébé pour stimuler le réflexe de fouissement. Elle attend ensuite que le bébé ouvre grand la bouche, centre le mamelon dans la bouche du bébé et le rapproche du sein en douceur par un mouvement rapide du bras (RAM, rapid arm movement), tel que décrit initialement par Chele Marmet et Ellen Shell, animatrices LLL et consultantes en lactation à Los Angeles (voir la figure 5).

La prise centrée est enseignée dans la plupart des livres, des cours et des groupes de soutien. De nombreuses animatrices et autres personnes soutien la connaissent très bien, et la recommandent avec succès depuis des années.

Malheureusement, elle peut rendre difficile à certains bébés de prendre une bouchée assez grande du sein pour comprimer les sinus lactifères et en extraire efficacement le lait. Barbara Wilson-Clay, consultante en lactation et ancienne animatrice LLL au Texas, explique que « les parties mobiles de la tête de l'enfant sont la mâchoire inférieure et la langue. Elles doivent agripper et comprimer les sinus lactifères situés sous l'aréole. Si le mamelon est centré dans la bouche du bébé, la mâchoire se ferme trop près du mamelon, ce qui le pince et le déforme, comme on le constate lorsque le bébé lâche le sein ».

Avec la prise centrée, les bébés pincent souvent les lèvres, ce qui est douloureux pour la mère. Cette technique peut ne pas être efficace du tout lorsqu'elle est utilisée avec la position en ballon de rugby ou « madone » inversée.

La prise asymétrique

Maureen Minchin, consultante en lactation en Australie, pense que « des problèmes particuliers peuvent surgir quelle que soit la position d'allaitement si la personne qui aide la mère se focalise sur la position elle-même et non sur le résultat et la qualité de la bouchée de sein prise par le bébé dans cette position ». Le Dr Jack Newman est convaincu que « de nombreuses mères et de nombreux bébés trouveraient la tétée plus facile si la pris du sein se faisait de manière asymétrique, avec la lèvre inférieure couvrant une plus grande surface de l'aréole que la lèvre supérieure ».

Dans leur livre The Breastfeeding Atlas, Kay Hoover et Barbara Wilson-Clay écrivent : « L'astuce pour aider le bébé à prendre le sein et non le mamelon est de se souvenir que c'est l'orientation de la mâchoire inférieure qui est capitale. La mâchoire supérieure est immobile et sert uniquement d'appui. L'ouverture et la fermeture de la mâchoire inférieure sur son articulation et l'action massante de la langue sur le sein créent l'alternance de pressions et de dépressions nécessaires à l'extraction du lait. C'est pourquoi il est essentiel que la mâchoire inférieure soit correctement placée. Les mères devraient tendre à placer la bouche du bébé de manière décentrée sur l'aréole, avec beaucoup plus de la 'cible' couverte du côté du menton. Ainsi, la fermeture des mâchoires se fait sur les sinus lactifères et le mamelon risque moins d'être pincé. »

Elles poursuivent avec les méthodes qui aident le bébé à ouvrir grand la bouche. « Il est nécessaire d'attirer le corps du bébé contre soi, de manière à ce que son torse, son ventre et ses genoux touchent le corps de la mère, soient comme 'drapés' autour de lui. Le corps du bébé est placé avec son nez en face du mamelon, de manière à l'obliger à se déplacer d'abord vers lui pour prendre le sein. Cela oblige le bébé à ouvrir grand la bouche. Sa tête doit pouvoir s'incliner légèrement en arrière. Avec une petite extension de la tête, il approche la mâchoire inférieure et la place en premier sur le sein. Si, au contraire, la mère pousse sur la tête, elle va fléchir en avant et ce sont le nez et la mâchoire supérieure qui entreront en contact avec le sein en premier. C'est comme essayer de mordre dans une pomme avec le menton appliqué sur le torse. »

La prise asymétrique permet au bébé de prendre une grande bouchée de sein. Elle l'aide à garder les lèvres retroussées. Lorsque la mère amène le bébé au sein par le menton, au moment où la langue entre en contact avec le sein, la mère peut l'utiliser pour encourager le bébé à ouvrir la bouche un peu plus grand. La lèvre supérieure est la dernière partie à entrer en contact avec le sein. Alison Hazelbaker explique que « la prise asymétrique facilite le placement correct de la langue sur le sein maternel. Lorsque le menton du bébé est bien placé et qu'il place correctement sa langue, les lèvres se retroussent automatiquement ».

De nombreuses mères trouvent qu'avec la prise asymétrique, toutes les douleurs de mamelons qu'elles avaient pu ressentir disparaissent. Dans plusieurs cas, j'ai aidé des mères dont les mamelons étaient douloureux. Lorsque le bébé relâchait sa prise, le mamelon était déformé et portait des marques évidentes de compression. Lorsque j'ai montré à ces mères la position « madone » inversée combinée avec la tenue en U et la prise asymétrique, elles ont pu mettre bien mieux leur bébé au sein. Lorsqu'il relâchait le mamelon, ce dernier n'était plus déformé. Les tétées étaient plus

efficaces, les bébés avaient une plus grande quantité de lait, et les douleurs aux mamelons avaient disparu.

Respecter les différences

Dans la préface de son livre Breastfeeding, A Guide for the Medical Profession (5e édition), Ruth Lawrence avertit : « Le domaine [de la lactation chez la femme] a longtemps été un ensemble de règles dogmatiques qui voulaient que l'allaitement soit planifié de manière stricte et géré spécifiquement ; pendant une brève période, on a reconnu l'importance de l'observation attentive et de la prise en compte des différences entre les individus. Des cliniciens expérimentés et bien formés reconnaissaient la valeur de la souplesse et de l'individualisation des soins. Mais depuis peu, on observe un retour de la ritualisation et des protocoles. L'approche 'amie des bébés' dont la raison d'être était de nous libérer des cadres rigides, requiert maintenant de suivre des protocoles et des principes. Les mères nous disent qu'elles ne peuvent pas allaiter car les règles sont trop nombreuses. La médecine, elle-même dans une ère de gestion des soins, a édicté des lignes directrices pour une maladie après l'autre. L'allaitement sera-t-il son prochain objet ? » Les règles et les réglementations n'ont pas leur place dans la relation mère-bébé. Chaque couple mère-bébé est différent, et ce qui fonctionne pour un de ces couples peut ne pas bien fonctionner chez un autre. Ce qui est important, c'est de considérer la mère et le bébé comme des individus. Laure Marchand-Lucas, docteur en médecine, animatrice LLL et consultante en lactation à Paris, nous rappelle que « un bébé qui n'a pas été trop perturbé trouvera de lui-même la meilleure position, qui dépend de la forme de sa bouche et de celle du sein, du mamelon et de l'aréole maternels. Les problèmes commencent lorsque le bébé a 'perdu le mode d'emploi' à cause des interventions à la naissance ou pour une autre raison ». Cette opinion est renforcée par l'étude effectuée par le Dr Lennart Righard et illustrée par sa vidéo Delivery Self-Attachment, des effets des pratiques en salle de naissance sur la réussite de la première tétée.

Andrea Eastman, consultante en lactation
Article paru dans Leaven, août-septembre 2000 , Traduit par Corinne Baro